

年　　月　　日

CC-Link 協会　行
〒462-0823 名古屋市北区東大曽根町上 5-1071
明治安田生命大曽根ビル 6 階
TEL 052-919-1588
FAX 052-916-8655

会社名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申込者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

CC-Link/LT コンフォーマンステスト依頼書

依頼元		ＩＤ番号		部署		
		役職		担当者名		
		住所	〒			
		TEL No.		FAX No.		
機器	本体	製品名				
		型式				
		局の種類（いずれかに○）	マスタ局 ／ リモート I/O 局 ／ リモートデバイス局 ／ ケーブル			
		バージョン	H/W：	S/W：	他：	
	I/F 部【本体と異なる場合に記入】	品名				
		型式				
		バージョン	H/W：	S/W：	他：	
試験完了希望日		年　　月　　日				

提出物

	提出資料及び機材	数量	提出予定日	備考
資料	製品の評価試験結果と試験構成			
	テスト用プログラム			
	取扱説明書			
機材	製品			
	製品に接続する機器（必要に応じて提出）			

【要望事項】

CC-Link 協会記入欄

受付Ｎｏ．	協会受付・検印

→

テスト機関受付・検印		試験期間［テスト機関予定記入］
		～

→

協会